

zijn en derhalve niet voor directe revascularisatie in aanmerking komen.

De bedoeling van dit caput selectum is geweest de aandacht te vestigen op het vóórkomen van spasme van de coronaire arteriën. Spasme kan ontstaan in angiografisch normale kransvaten, maar ook bij alle graderingen van atherosclerose en kan zich waarschijnlijk in elk van de klinische uitingsvormen van coronarialijden manifesteren. Indien zorgvuldig naar coronair spasme wordt gezocht, blijkt dit echter vaker voor te komen dan aanvankelijk werd vermoed. Dit zou belangrijke consequenties kunnen hebben voor ons inzicht in de epidemiologie en onze opvattingen over pathofysiologie, preventie en behandeling van de ischemische hartziekten.

LITERATUUR

- BOHR, D. (1967) *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 139, 779.
CHIERCHIA, S., C. MARCHESI en A. MASERI (1978) In: *Primary and secondary angina pectoris*, bl. 145. Grune & Stratton, Londen.
DAVID, G.K. (1979) *Myocardial infarction in young adults*. Proefschrift Amsterdam.
EKELÉN, W.A.A.J. VAN en E.O. ROBLES DE MEDINA (1976) *Neth. J. Med.* 19, 259; (1977) *Ned. T. Geneesk.* 33, 1303; (1978) *Europ. J. Cardiol.* 8, 305.
ELLIS, E.F., O. OELZ, L.J. ROBERTS e.a. (1976) *Science* 193, 1135.
FIGUERAS, J., B.N. SINGH, W. GANZ e.a. (1979) *Circulation* 59, 955.
HEBERDEN, W. (1772) *Med. Trans. Coll. Phycns* 2, 59.
HELLSTRÖM, R. (1979) *Brit. Heart J.* 41, 426.
HEUPLER, F., W. PROUDFIT, M. RAZARI e.a. (1978) *Amer. J. Cardiol.* 41, 631.
KAHN, A.H. en L.J. HAYWOOD (1974) *New Engl. J. Med.* 291, 427.
KAYE, M. (1975) *Circulation* 52, Suppl. 125.
KEMP, H.G., W.C. ELLIOT en R. GORLIN (1967) *Trans. Ass. Amer. Phycns* 80, 59.

- LEVENE, D. en M. FREEMAN (1976) *J. Amer. med. Ass.* 236, 1018.
LIKOFF, W., B.L. SEGAL en H. KASPARIAN (1967) *New Engl. J. Med.* 276, 1063.
MADIAS, J.E. (1979) *Circulation* 59, 297.
MASERI, A., A. PESOLA, M. MARZILLI e.a. (1977) *Lancet I*, 713.
MASERI, A., S. SEVERI, M. DE NES e.a. (1978a) *Amer. J. Cardiol.* 42, 1019.
MASERI, A., A. L'ABBATE, G. BAROLDI e.a. (1978b) *New Engl. J. Med.* 299, 1271.
OLIVA, P. en J. BRECKINRIDGE (1977) *Circulation* 56, 366.
OSLER, W. (1910) *Lancet I*, 697.
PARODI, O., A. MASERI en I. SIMONETTI (1979) *Brit. Heart J.* 41, 167.
PRINZMETAL, M., R. KENNAMER, R. MERLISS e.a. (1959) *Amer. J. Med.* 27, 375.
RAFFLENBEUL, W., L.R. SMITH, W.J. ROGERS e.a. (1979) *Amer. J. Cardiol.* 43, 699.
RICCI, D.R., A.E. ORLICK, P.R. CIPRIANO (1979) *Amer. J. Cardiol.* 43, 1073.
ROBERTSON, D., R.M. ROBERTSON, A.S. NIES (1979) *Amer. J. Cardiol.* 43, 1080.
ROOS, J.P. (1976) *Hart Bull.* 1, 8.
ROSS, R. en J. GLOMSET (1976) *New Engl. J. Med.* 295, 369.
RUBIO, R. en R. BERNE (1975) *Progr. cardiovasc. Dis.* 18, 105.
SCHANG, S.J. en C.J. PEPINE (1977) *Amer. J. Cardiol.* 39, 396.
WERF, T. VAN DER (1980) *Cardiovascular pathophysiology*. Oxford University Press, Londen. Ter perse.
YASUE, H., M. TOUYAMA, M. SHIMAMOTO e.a. (1974) *Circulation* 50, 534.
YASUE, H., M. TOUYAMA, H. KATO e.a. (1976) *Amer. Heart J.* 2, 148.
YASUE, H., M. NAGAO, S. OMOTE e.a. (1978) *Circulation* 58, 56.
YASUE, H., S. OMOTE, A. TAKIZAWA e.a. (1979a) *Circulation* 59, 938; (1979b) *Amer. J. Cardiol.* 43, 647.
ZWIETEN, P.A. VAN en P.G. HUGENHOLTZ (1979) *Hart Bull.* 4, 101.

September 1979

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Het zinloze ECG of: hoe gaan we om met overwaardering van medisch handelen

G. J. VAN DER WOUDE, TE AMSTERDAM

Patiënt A: „Dokter, kan er een ECG van me gemaakt worden? Bij mijn broer wordt op het werk ieder jaar een ECG gemaakt.” Voor me zit een man van 28 jaar, vader van twee gezonde kinderen. Zijn knie was door mij zojuist onderzocht wegens pijn na een torsietrauma op het voetbalveld.

„Heeft u dan klachten die wijzen in de richting van het hart: pijn op de borst, kortademigheid of zo?”

„Nee, helemaal niet. Ik voel me prima, ik voetbal vanaf m'n 10e jaar; geen centje pijn.”

„Wat denkt u dan van een ECG wijzer te worden”, vraag ik.

„Nou eh, bij de sportkeuring luisteren ze alleen maar en meten de bloeddruk, maar een ECG zegt toch veel meer, daar stond vorige week nog een artikel over in de krant.”

„Gezien uw goede conditie en het feit dat u niet rookt en nooit last hebt gehad van hartklachten, is het wel erg onwaarschijnlijk dat uw ECG afwijkend zal zijn.”

De man kijkt me peinzend aan. Ik hoor hem denken: hij zal het heus wel goed bedoelen, maar heeft hij wel gelijk...?

„Stel, dat m'n ECG niet goed is, dan kan er toch iets aan gedaan worden?”

„Als u helemaal geen klachten hebt en goed bestand bent tegen lichamelijke inspanning, dan is dat onwaarschijnlijk; immers, een partij voetbal die geen klachten oplevert is in wezen een ingewikkelder test van de organen dan een ECG.”

„Sorry dokter, maar jullie spreken elkaar allemaal zo tegen. Ik weet niet goed wat ik geloven moet. Ik zou toch echt graag een ECG gemaakt willen hebben.”

„Dan moet ik u verwijzen naar een cardioloog, ik heb geen mogelijkheid om zelf een ECG te vervaardigen.”

„Geeft u me dan maar een verwijskaart voor de cardioloog.”

„U zou het dan zelf moeten betalen, want het lijkt me medisch gezien niet noodzakelijk.”

„Maar het uitstrijkje bij m'n vrouw hoefde ik ook niet zelf te betalen.”

„Een uitstrijkje is iets anders; een beginnende kanker aan de baarmoedermond veroorzaakt geen klachten en als het uitstrijkje niet goed is, dan heeft dat consequenties voor een behandeling. Een licht afwijkend ECG zonder lichamelijke klachten daarentegen maakt u alleen maar ongerust en behandeld wordt er niet.”

„Ik ben helemaal geen dure voor het ziekenfonds; ze vinden thuis ook dat je nooit kunt weten en maar beter voor alle zekerheid een ECG kunt laten maken.”

Het was een druk maandagochtendspreekuur. De familie van patiënt kennende wist ik dat als ik hem nu geen verwijskaart gaf, het er over twee consulten toch van zou komen. Meestal dringen patiënten met een dergelijk verzoek niet verder aan, maar of ze overtuigd zijn, daar kom je moeilijk achter.

Patiënt B, een forse vijftiger, bezoekt mijn spreekuur op aanraden van de bedrijfsarts, omdat zijn ECG bij een routine-onderzoek niet in orde bleek te zijn. De bedrijfsarts verzocht mij een inspannings-ECG te laten vervaardigen.

De man voelt zich prima en is nooit ziek. Bij navraag blijkt dat hij geen pijn op de borst heeft bij inspanning (fietst naar zijn werk) en dat hij nooit kortademig is. Hij slaapt op één kussen; er bestaat geen nycturie. Zijn bloeddruk bedraagt 135/90 mm kwik; zijn pols slaat 76 maal per minuut en is regulair. Aan het hart worden geen bijzonderheden ge-

hoord. Het ECG ligt voor me, in een hoekje is de beoordeling gekrabbeld: „verdacht voor coronaria-lijden; inspannings-ECG gewenst?” Aan een verwijzing naar een cardioloog is dan niet te ontkomen.

Ik vertelde hem nog dat hij moest rekenen op een uitgebreider onderzoek, maar dat het wel niet tot een behandeling zou komen, omdat hij in het geheel geen klachten had en dat de adviezen, zoals niet roken, meer „gedoseerd” bewegen en niet te veel eten, voor iedereen gelden, afwijkend ECG of niet.

„Toch knijp ik hem behoorlijk dokter, ik hoop maar dat het allemaal meevalt.”

Drie weken later sprak ik zijn vrouw: „Hij wordt helemaal binnenstebuiten gekeerd. We zijn wel behoorlijk geschrokken. Helemaal gerust zijn we er toch niet op. Eén van de dokters die hem onderzocht zei ook al dat ze wel iets konden vaststellen, maar dat ze daar niets aan deden.”

Een goed verstaander begrijpt dat ik met een type als patiënt C moet eindigen.

Patiënt C is een druk pratende man die te veel rookt, te dik is en alleen de afstand tussen zijn huis en zijn auto en zijn kantoor lopend overbrugt. Hij kwam bij me omdat hij sinds twee maanden zijn platen alleen mono kon beluisteren, aangezien hij aan één oor doof was. Waarom zo laat gekomen? Wel, hij had al een afspraak gemaakt met een soort van keuringsbureau, dan zou dat meteen ook wel worden nagezien. Ik reinigde zijn gehoorgang en hij kon me weer stereo horen.

„Toch maar goed zo'n check-up, dokter. Mijn ECG is prima, dat stelt me een hoop gerust; m'n halve familie is aan een hartinfarct overleden. Ik mocht wel niet meer roken en ik moest meer bewegen, maar ja, m'n ECG is goed.”

Bovenstaande voorbeelden zijn compilaties van ervaringen met overwaardering van medisch handelen, bedoeld als illustratie van verkeerde interpretaties van zeer zinvolle medische verrichtingen. Op zichzelf kan het registreren van een ECG bij genoemde patiënten ook wel waardevolle informatie leveren; bijvoorbeeld als uitgangs-ECG ter vergelijking met toekomstige ECG's. In de nabije toekomst zal het vervaardigen van een ECG wel net zo gemeengoed worden als het ausculteren van het hart. Vele leken hanteren het ECG echter niet als slechts één van de mogelijkheden om iets over het hart te weten te komen. Zij zien het ECG zonder afwijkingen als bewijs van goed cardiaal gedrag en als garantiebewijs voor de toekomst. Bovendien wordt er, evenals over andere medische verrichtingen, zeer zwart-wit gedacht: het ECG is goed of het is niet goed. Een lichte afwijking van de norm (en wat is de norm?) is moeilijk duidelijk te maken.

Patiënt B is naar mijn mening zonder meer een slachtoffer: hij heeft nergens om gevraagd, maar krijgt plotseling te maken met hem bezorgd makende problemen.

Patiënt A en C valt niets kwalijk te nemen; zij hebben een heel legitieme wens: zoveel mogelijk zekerheid omtrent hun gezondheid. Indien wij medici vinden dat zij niet bereikbare zekerheden najagen, is het geheel onze verantwoordelijkheid om duidelijkheid (lees niet: zekerheid) te verschaffen. Wij hebben immers vaak samen met lekenjournalisten de brokstukken informatie aangedragen waaruit door velen verkeerde conclusies worden getrokken.

Overwaardering van medisch handelen ondermijnt de band tussen arts en patiënt en werkt een niet waar te maken afhankelijkheid van de patiënt ten opzichte

van de arts in de hand. In het algemeen zullen we ons moeten afvragen of het mogelijke rendement van at random diagnostisch handelen opweegt tegen het nadeel van onterechte bezorgdheid c.q. onterechte zekerheid bij de patiënt. Wat het ECG betreft zou je kunnen zeggen: het is dom op je vijftigste ongetraind met jonge jongens mee te trimmen, niet omdat je van tevoren geen ECG hebt laten maken, maar: omdat je gezonde verstand je dit niet verbiedt.

Maart 1980

BOEKAANKONDIGINGEN

A. C. BOYLE, *A colour atlas of rheumatology*. 2e druk. (Wolfe medical atlases, 10.) 128 bl., 151 fig. Wolfe, Londen 1976. Prijs: geb. f 31,-.

Dit boekje bevat ruim honderdvijftig kleurenfoto's en röntgenfoto's die de kliniek en – in mindere mate – de histologie van de zg. reumatische ziekten illustreren. Een en ander is voorzien van bondige maar informatieve teksten. De kleurenfoto's zijn in het algemeen van zeer goede kwaliteit; de afbeelding van de röntgenfoto's laat nog wel eens wat te wensen over. Het boekje kan als goede aanvulling op de gebruikelijke reumatologische leerboeken worden beschouwd, omdat een enkele goede illustratie, bijvoorbeeld van keratoderma blenorragica of van een tophus, soms meer tot uitdrukking brengt dan welke tekst ook. Helaas ontbreekt een afbeelding van het exantheem bij juveniele reumatoïde artritis. Overigens is in deze tweede druk de titel van het hoofdstuk Ochronosis weggefallen, zodat het lijkt of de illustraties 144 tot en met 147 bij sarcoïdosis behoren.

J. K. VAN DER KORST

Clinics in haematology. Vol. 9, nr. 1: Cytogenetics and haematology. Onder redactie van D. G. PENINGTON. 224 bl., fig., tabellen. Saunders, Philadelphia 1980. Prijs: geb. f 9,-.

De aflevering „Cytogenetica and haematology” van de serie *Clinics in haematology* is als alle vorige van een voortreffelijk gehalte. De belangrijkste onderzoekers op dit, soms bijna legpuzzel-achtige gebied, geven heldere overzichten van bepaalde aspecten van de cytogenetica. Zo schrijft SANDBERG over cytogenetische technieken, MARGARET GARSON over acute non-lymfocyttaire leukemie, JANET ROWLEY over Ph'-positieve leukemie, SYLVIA LAWLER over Ph'-negatieve myeloproliferatieve aandoeningen, SOKAL, MICHAUX en VAN DEN BERGHE over refractaire anemieën en pre-leukemieën. De bundel bevat voorts artikelen over acute en chronische lymfatische leukemieën, over lymfomen en paraproteinemieën.

Het boek is een must voor elke hematologische bibliotheek en voor ieder die op de hoogte wil zijn van de nieuwste ontwikkelingen op dit gebied.

R. GOUDSMIT

L. GOULD en C. V. R. REDDY, *Vasodilator therapy for cardiac disorders*. 342 bl., fig., tabellen. Futura Publishing Company, Mount Kisco 1979. Prijs: geb. f 77,-.

Er is de laatste jaren veel te doen over de behandeling met vasodilatoren van het arteriële en veneuze vaatsysteem bij verschillende cardiale afwijkingen. De gedachtengang hierbij is dat door het verminderen van de perifere vaatweerstand het hart zich makkelijker kan ontledigen waardoor de pompfunctie van het hart kan verbeteren. Ieder van de verschillende middelen heeft zijn voor- en nadelen maar het fundamentele principe blijft hetzelfde.

In dit boek, dat ongetwijfeld het verslag is van een symposium waar de verschillende auteurs hun ervaringen hebben ingebracht, vindt men een schat van praktische gegevens over het gebruik van nitroprusside, fentolamine, nitroglycerine en andere lang werkende nitraten. Bovendien wordt aandacht besteed aan Nitralazine (in Nederland niet in de handel), prazosine zodat er voor „elck wat wils” is. Het is een boek dat vooral de praktizerende internist, cardioloog en ieder die zich bezighoudt met behandeling van acute cardiale toestanden, zal interesseren. Het is hogelijk aanbevolen, gezien de compacte opstelling van gegevens, duidelijke illustraties en uitgebreide referentielijst. Ook voor de trouwe lezer van de wereldliteratuur, is het zeer raadzaam dit compacte overzicht aan te schaffen.

P. G. HUGENHOLTZ

F. M. VAN BAARS, *Glomustumoren en heredititeit*. Proefschrift Nijmegen, 13 juni 1980 (promotores: prof. dr. P. VAN DEN BROEK en prof. dr. S. J. GEERTS).

In een keurig verzorgd proefschrift over glomustumoren en heredititeit voldoet de schrijver zeer goed aan de eisen die een proefschrift met deze titel stelt. Hij geeft een overzicht van de geschiedenis van deze nog niet zo lang bekende tumor, die eigenlijk pas na het werk van BARTELS (proefschrift Groningen 1949) algemeen herkend wordt; beschrijft zijn klinische verschijnselen en de onderzoeksmethoden die gevolgd moeten worden om hem vast te stellen. Ten slotte heeft hij zich zeer veel moeite gegeven de hereditaire aspecten van deze tumoren vast te stellen. Van een 295 personen tellende familie heeft hij 162 leden onderzocht en de autosomaal dominante erfgang bevestigd, die beruht op de aanwezigheid van één allel. Voor geïnteresseerden boeiende lectuur.

L. B. W. JONGKEES